

УДК 159.9

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДА У ЛЮДЕЙ С ГОМОСЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИЕЙ

Л.В.Кузнецова, Которский В.Н., Торгашева И.В.

НОУ ВПО «Высшая школа психологии» (Институт), Москва

Московская областная психиатрическая больница №5

ООО Центр деловых проектов, Москва

mheavens@mail.ru, 7park@bk.ru

Аннотация

Статья посвящена апробации психодиагностического комплекса с целью выявления признаков гомосексуальной ориентации личности как основы дальнейшей психопрофилактики суицидальных рисков. Полученные результаты позволили выделить как общие, так и специфические особенности мотивационно-потребностной и ценностной сфер у мужчин и женщин с гомосексуальной ориентацией, формирующие риски суицидального поведения.

Ключевые слова: суицидальные риски, гомосексуальность, психологические маркеры, профилактика.

Код ГРНТИ 15.41.59, 15.81.59

Суицид –это всегда «обращение» к другим людям. Это может быть очень личное «послание» кому-то, занимающему особое место в экзистенциальной картине мира человека. Это «послание» может содержать как призыв о помощи, так и вызов, акт самоутверждения.

Но в любом случае к столь сильному(часто последнему) «посланию» человек вынужден прибегнуть, когда его не слышат, либо когда все близкие и понимающие люди «ушли» в силу объективных обстоятельств, либо в силу психологического одиночества и потери смысла жизни.

Начиная с 2003 Международная организация профилактики суицида (IASP) ежегодно 10 сентября проводит Всемирный день профилактики суицида. В этот день по всему миру зажигаются свечи в память об ушедших в результате этого страшного социального недуга. Тема нынешнего 2015 года WorldSuicidePreventionDay (WSPD) : «Предотврати суицид : Протяни руку и спаси жизнь» ('PreventingSuicide: ReachingOutandSavingLives'). Психологическая наука не может оставаться в стороне от поиска средств совладания с данным человеческим недугом, причиной которого в большинстве своем выступает утра связи со значимым Другим.

По данным Европейского альянса против депрессии по состоянию на 2015 год ежегодно заканчивают жизнь самоубийством более чем 55 000 тысяч человек по всей Европе.

На развитие суицидального поведения может влиять целый ряд факторов: пол, возраст, место проживания, профессия, семейное положение, состояние здоровья. Отмечается влияние экономических и социальных факторов на уровень суицидальной активности населения. Наблюдаются взаимосвязи между психическими расстройствами, наркологическими заболеваниями и суицидом [2].

Суицидальное поведение включает в себя следующие разновидности: суицидальные жесты, незавершенные суициды и завершенные суициды [13]. Термин "суицидальные жесты" описывает формы поведения, при которых индивид наносит себе повреждения, зачастую достаточно тяжелые, без намерения убить себя. Большинству совершившихся суицидов предшествует, по меньшей мере, одна неудачная попытка; в то же время не столь редки случаи, когда люди, наносившие себе повреждения в попытке заглушить психические страдания, непреднамеренно убивали себя. Всякая попытка суицида или самоповреждения должна быть принята всерьез [3].

В различных странах мира распределение уровня самоубийств среди мужчин и женщин, соотношение этих показателей, равно как количество завершенных и незавершенных суицидов по гендерным признакам,

неодинаковы. Например, в Таиланде соотношение уровня самоубийств между мужчинами и женщинами составляет 5,9:5,3, при этом в Сальвадоре данное соотношение равно 14,3 : 2,6 [14], обе эти страны относятся к странам с низким уровнем самоубийств (до 10 на 100 000 населения), в группе же стран с высоким (более 20 на 100 000 населения) и средним уровнем (от 10 до 20 на 100 000 населения) самоубийств показатели несколько иные: соотношение уровня самоубийств у мужчин и женщин находится в пределах от 1,5:1 до 5:1 соответственно [14]. В России на данный момент отмечается рост суицидов среди мужчин, таким образом, статистика представлена следующими цифрами: 1:5,2 для мужчин и женщин соответственно [4]. Возраст суицидента имеет особое значение при учете факторов риска. Например, в США и странах Европы имеются определённые пики частоты суицидов — в подростковом (15–19 лет) и пожилом возрасте (60–75 лет), которые описаны в литературе как «пик молодости» и «пик инволюции» соответственно [11]. В России также выделяют два «пиковых» периода: для парасуицидов — подростковый и юношеский возраст, для завершённых суицидов — пожилой и старческий. Доля самоубийств среди молодёжи в России значительно увеличилась в последние годы [6]. Так же, ряд исследователей отмечает повышение уровня суицидальной активности среди лиц трудоспособного возраста [14].

По мнению некоторых учёных, имеются определённые особенности личности, способствующие формированию суицидального поведения, например, такие как возбудимость, сенситивность, эмоциональная неустойчивость, которые у некоторых индивидов достигают уровня акцентуации [10]. Наиболее важными представляются социально-психологические факторы, конфликты с семьей, нарушенная самооценка и эгоизм, которые свойственны незрелой личности.

Наиболее частыми причинами возникновения суицидальных попыток можно назвать утрату близких, наличие тяжёлой физической боли, бедность, беспросветность существования, социальную изоляцию, психические нарушения позднего возраста[14]. Выделяют медицинские факторы

суицидального риска: соматическую патологию и психическую патологию.. Статистически в 28% случаев, у лиц, совершивших покушение на свою жизнь, к моменту попытки имелись листы нетрудоспособности по поводу соматических расстройств [1]. Что касается лиц с психическими расстройствами, то, по данным за последние 25 лет, распределение самоубийств следующее: 32,2% — больные шизофренией, 29,7% — алкоголизм, 18,9% — депрессии, 5,6% — сосудистые психозы, 3,9% — психопатии, 3,1% — эпилепсия, 2,7% — посттравматические психозы, 2,5% — соматогенные психозы [12].

При индивидуальной диагностике суицидального риска необходимо прежде всего учитывать влияние групповых факторов, в силу того что каждый конкретный человек является носителем определенного набора групповых признаков, таких как: пол, возраст, профессию, семейное положение; характеризуется наличие или отсутствие заболеваний. Однако совокупность групповых факторов риска, какому бы точному шкалированию они ни подвергались, еще не обуславливает суицидального поведения, а лишь создает определенную почву, повышающую вероятность подобного исхода в ситуации конфликта. Для точного суицидологического прогноза требуется тщательный анализ индивидуальных факторов. Системообразующими элементами суицидального поведения являются адаптация и дезадаптация, которые разворачиваются на уровне личности и в основных сферах социального взаимодействия, поэтому существует индивидуальные факторы личности, имеющие суицидальную направленность. По мере их последовательного включения на пути от дезадаптации до суицидального поступка, они подразделяются на predispositional, positional и statusные [1].

Предиспозиционные суицидогенные факторы – следует рассматривать как совокупность следующих условий: сниженная толерантность к эмоциональным нагрузкам; своеобразие интеллекта, недостаточность механизмов планирования будущего; неблагополучие, неполноценность коммуникативных систем; неадекватная личностным возможностям самооценка; слабость личностной

психологической защиты; снижение или утрата ценности жизни. Сочетания всех названных условий, приводящих к дезадаптации, могут быть названы predisposиционными суицидогенными комплексами.

Позиционные суицидогенные факторы — это «проигрышные», дезадаптирующие, суицидоопасные позиции, которые личность занимает в ситуации конфликта.

Статусные суицидогенные факторы — те психические состояния и реакции, которые, возникая на основе соответствующих predisposиций и позиций, несут в себе потенциальную угрозу суицида [2].

Наряду с суицидогенными существует антисуицидальные факторы. **Антисуицидальные факторы личности** — это установки и переживания, препятствующие реализации суицидальных намерений, в зависимости от личности суицидента, они складываются в определенную систему. К антисуицидальным факторам относится: интенсивная эмоциональная привязанность к значимым близким; родительские обязанности; выраженное чувство долга; концентрация внимания на собственном здоровье, боязнь причинения себе физического вреда; зависимость от общественного мнения, стремления избежать осуждения; представления о позорности, греховности суицида; представление о неиспользованных жизненных возможностях; наличие творческих планов, замыслов; нежелание выглядеть некрасивым даже после смерти. Так, при определении индивидуального суицидального риска необходимо рассматривать степень реализации двух видов факторов: суицидогенных индивидуальных и антисуицидальных факторов личности [14].

В последние годы сексуальная ориентация является одним из самых обсуждаемых факторов риска суицида среди молодежи. Считается, что трудности вызванные стигматизацией приводят к тяжелой депрессии и риску суицида среди геев и лесбиянок молодого возраста; поскольку сексуальность в этот период является особенно важной частью жизни [14]. На данный момент, все больше исследований обращаются к этому вопросу. Имеются данные, показывающие степень влияния гомосексуальной ориентации на риск

совершения суицида. Так, середине 1980-х, исходя из полученных в ходе исследований данных, было сделано предположение о том, что уровень совершенных суицидов среди геев и лесбиянок существенно выше, чем для остального молодого населения. Споры вокруг этого заявления разгорелись в 1989 году, когда был опубликован отчет госсекретаря здравоохранения и социального обеспечения США, где было указано что риск суицида среди гомосексуалов молодого возраста встречается в 2-3 раза чаще и составляет 14% от общего числа суицидентов[14]. Согласно тому отчету, распределение по группам геев и лесбиянок представлено следующим образом: 48% и 76% задумывались о суициде, в то время как 42% и 29% совершали попытки суицида. Однако, примеры приведенные в этом исследовании не были случайны; в обеих группах молодые люди уже имели изначальный шанс быть отнесенными к группе риска. Естественно предположить, что показатели будут существенно превышать аналогичные данные общей выборки, где 19% юношей и 29% девушек имели суицидальные мысли и 7% и 13% соответственно, совершали попытку суицида [14].

Несколько последних исследований использовали случайные выборки подростков, чтобы выявить степень взаимосвязи сексуальной ориентации (причисление себя к геем или лесбиянкам) и суицидальности (включая суицидальные мысли или фантазии и попытки суицида). В исследовании, представленном срезом среди учеников средней школы в Миннесоте, показатели среди мальчиков гомо- или бисексуальной ориентации были значительно превышены; среди девочек не было выявлено никаких существенных отличий[14]. Срез учеников 9-х и 12-х классов в Массачусетсе показал, что вероятность суицида и у мальчиков, и у девочек гомосексуальной или бисексуальной ориентации в 3 раза превышает показатель их сверстников, учившихся годом раньше[14].

Основа критика исследований взаимосвязи сексуальной ориентации и склонности к суициду строится на положении о том, что выборки были неравнозначны, так большинство исследований было направлено на сравнение

и изучение выборок геев и лесбиянок, без учета гетеросексуальных групп как контрольных. И лишь совсем недавно были опубликованы исследования случайных выборок, где в равной степени представлены как гомо-, так и би- и гетеросексуальная ориентации[14]. Однако, эти исследования ограничены географически; до настоящего времени не было представлено общенациональных исследований.

В дополнение к анализу прошлых исследований можно так же добавить, что было уделено мало внимания другим факторам риска возникновения суицидального поведения. В литературе, посвященной рискам суицида у подростков, указано, что депрессия – это основной фактор риска суицида. Также существуют три других фактора, которые так же отчетливо прослеживаются в иных работах: чувство безнадежности, наркомания и недавнее самоубийство или попытка самоубийства члена семьи или близкого человека[14]. Хотя из данных исследований ясно, что у гомосексуальных подростков часто присутствуют высокие показатели депрессии и наркомании, Исследование контингента подростков самостоятельно идентифицирующих себя как гомосексуалов показало, что они чаще подвергают преследованиям и стигматизации, чем их сверстники. Было выдвинуто предположение, что именно стигматизация может выступать ведущим фактором суицидальности, что и было отражено в прошлых исследованиях молодых геев и лесбиянок[14]. Исходя из данных различных исследований, можно сделать вывод о том, что суициду предшествует целый ряд факторов, среди которых: депрессия, тревожные расстройства, зависимости и расстройства поведения. Так же несомненна связь между сексуальной ориентацией и риском суицида, поскольку стигматизация, вызванная давлением общества, часто способствует развитию депрессии, которая в свою очередь может привести к суицидальным мыслям и попыткам. Однако нельзя утверждать, что гомосексуальная ориентация связана с суицидальностью напрямую, поскольку причиной депрессии является не сам факт наличия данной конкретной сексуальной ориентации, а фактор социального давления, часто сопровождающий геев и

лесбиянок в обществе. Еще одним важным вопросом, который, несомненно, должен быть рассмотрен в отношении исследования рисков суицида – это структура личности суицидента и соответственно место сексуальной ориентации в ней. Таким образом, на основе приведенных исследований, можно предположить, что склонным к суицидальному поведению будет человек с определенным складом личности, но имеет ли непосредственное отношение к этому сексуальная ориентация или нет, все еще не известно достоверно. Современные веяния науки подталкивают рассматривать сексуальную ориентацию не как триггерный механизм суицидального поведения, а как **определенный фактор риска**, который происходит не из непосредственного наличия гомосексуальной или бисексуальной ориентации, а из стигматизации, сопровождающей социальные контакты, как в среде сверстников, так и в среде коллег или людей старшего возраста.

Всестороннее психологическое изучение особенностей личности людей с гомосексуальной ориентации, системы их мотивационно-потребностной и ценностной сфер поможет предотвратить риска возникновения суицидального поведения в данной группе.

Целью данной работы был анализ возможностей различных психологических методик в выявлении гомосексуальных тенденций и особенностей социально-личностной сферы для организации в дальнейшем психопрофилактической и психотерапевтической работы. В исследовании приняли участие три группы респондентов, всего 90 человек в возрасте от 21 до 40 лет: выборка 1 - 15 мужчин и 15 женщин, имеющих специфическое психопатологическое расстройство, предполагающее склонность к гомосексуальному поведению и находящихся на лечении в Московской областной психиатрической больнице № 5, выборка 2 – 15 мужчин и 15 женщин гомосексуальной ориентации, которые признают себя таковыми, согласно критериям шкалы Кинси, выборка 3 – 15 мужчин и 15 женщин гетеросексуальной ориентации.

С учетом поставленных задач была оценена возможность психодиагностического комплекса состоящего из трех групп методик. **Методики блока бессознательного** направлены на диагностику и фиксирование бессознательных реакций, вызванных предъявляемым стимульным материалом. Данный вид методик позволяет выявлять меру влияния различных факторов, показатели которых не контролируются респондентами сознательно. Были использованы следующие конкретные методики: тест восьми влечений Сонди и модификация цветового теста отношений Бажина и Эткинда.

Методики самооценки личностного профиля – направленные на выявление специфических личностных особенностей и качеств, характерных для конкретного индивида. Особенностью этой группы методик является нормативная оценка и определение респондентом собственных личностных качеств и характеристик на основе данного для самостоятельного анализа стимульного материала. В эту группу входят такие методики как: опросник «мини-мульт», 16-ти факторный опросник Кеттелла и методика «маскулинность-феминность» С. Бэм.

Специфические методики, спроектированные для сбора данных в специфических группах респондентов с целью проведения контрольного сравнения в мерах проявления исследуемых признаков. К данному блоку относится Методика определения факторов гомосексуальной ориентации К. Ю. Телешевой, которая построена на ряде предположений об онтогенетических факторах развития гомосексуальности и является, в контексте данного исследования, контрольным подтверждением наличия признаков гомосексуальной ориентации личности.

Все полученные в ходе исследования маркеры можно условно разделить на три группы: 1) общие маркеры для обоих полов; 2) специфические мужские маркеры; 3) специфические женские маркеры.

Согласно результатам исследования, в **блоке методик самооценки личностного профиля** можно выделить несколько общих для мужчин и

женщин и индивидуальных для каждого пола маркеров. Высокие значения по шкале L «доверчивость - подозрительность» и шкале E – «подчиненность-доминантность» 16-ти факторного опросника Кеттелла – маркер является общим для мужчин и женщин. Так же можно выделить высокое значение по шкале O – «спокойствие - тревожность» – индивидуальный мужской маркер. Опросник мини-мульт позволяет выявить несколько возможных общих маркеров: высокие значения по шкале Hu – истерия, низкие значения по шкале Hs – ипохондрия и низкие значения по шкале Pa – паранойяльность. Высокие значения по шкале Se – шизоидность служат специфически мужским маркером, тогда как высокие значения шкалы Pt – психастения – исключительно женский. Анализ опросника Сандры Бэм показал явные различия в результатах, что позволило выявить следующую закономерность: снижение феминных черт, с наращиванием андрогинности с небольшим проявлением маскулинных черт характера, которые проявляются как независимость, напористость, доминантность, агрессивность, склонность к риску, самостоятельность, уверенность в себе – являются маркером, характерным для гомосексуальных женщин. Тогда как у гомосексуальных мужчин показана крайне низкая маскулинность с проявлениями некоторой степени андрогинности ярко выраженная феминность, которая проявляется в уступчивости, мягкости, чувствительности, застенчивости, нежности, сердечности и способности к сочувствию, сопереживанию.

Результаты, полученные при помощи методик **блока бессознательного** представлены: двумя общими маркерами для мужчин и женщин по шкалам +h – эрос-фактор и +hu – эксгибиционизм методики теставосьми влечений Сонди. Там же были выявлены мужские маркеры, представленные значениями Os – временная разряженность активности или агрессивности, Ok – способность принятия одного из двух противоположных друг другу влечений в ситуации выбора, +p – инфляция – функциональное расширение Я и +m, со сдвигом на экстремально положительное значение – постоянное желание внимания и заботы. Женские маркеры представлены двумя шкалами -s – мазохизм и -p –

проекция. Основные различия между мужской и женской выборками в цветовом тесте отношений наблюдаются по значениям: понятие семейных ценностей для женщин имеет более низкое значение, чем для мужчин, не смотря на то, что обе выборки относят их к положительному спектру восприятия мужчины в большей степени приемлют идею создания семьи. В отличие от гетеросексуальной выборки, гомосексуальные мужчины и женщины одинаково приемлют все ориентации, не относящиеся к их собственной. Однако у мужчин наблюдается тенденция к отнесению гомосексуальности в спектр отрицаемого. Что касается шкал толерантности и принятия противоположного пола, то по этим показателям наблюдаются одинаково высокие показатели принятия и у мужчин, и у женщин.

Полученные результаты в рамках **блока специфических методик**, представленного опросником Телешевой, позволяют сделать вывод о том, что маркером у женщин может считаться шкала №4 – отвержение – свидетельствует о замкнутости и трудностях в общении с противоположным полом. Этот показатель единственный у гомосексуальных женщин и общий с мужской выборкой. У мужчин так же присутствуют еще два маркера: шкала №2 – идентификация с родителем противоположного – характерна привязанность к матери, так же говорится о возможности копирования ее черт характера и принятие ее роли и ее образа как объекта для подражания, что значительно сказывается на формировании полоролевого поведения. Шкала №3 – гендерные нарушения – подразумевает наличие у гомосексуальных мужчин некоторых смещений в гендерной роли, в ее традиционно диктуемом аспекте, например, желание растить детей и вести домашнее хозяйство, что может быть отчасти обусловлено высокими показателями по второй шкале.

Возвращаясь к вопросу, поднятому в начале, можно с уверенностью сказать, что, несмотря на различия в деталях, **наблюдается общий фактор социальной отчужденности и фрустрированности** у гомосексуальных мужчин и женщин. Таким образом, исходя из ранее изложенных результатов, можно говорить об определенной степени риска возможности возникновения

депрессии и как следствия суицидальных мыслей. Особенно важно отметить, что установить точный возраст возникновения социальной отчужденности и степень влияния стигматизации на жизнь гомосексуалов на данный момент невозможно. Что в свою очередь говорит о необходимости специфических диагностических методик для людей гомосексуальной ориентации различного возраста. Это позволит оказывать своевременную помощь людям, в той или иной степени находящимся на грани депрессии, что может привести к риску попытки совершения суицида. Так же особенно важным представляется тот факт, что были выявлены не только общие для обоих полов, но и специфические для мужчин и женщин маркеры, это свидетельствует о необходимости различных диагностических методик для мужчин и женщин. Таким образом, сформированный диагностический комплекс, позволил оценить не только непосредственные маркеры гомосексуальности, но так же и другие сферы личности и социальной жизни индивида, что безусловно является важным аспектом профилактики, позволяет наметить мишени для психотерапевтического и социально-психологического вмешательства.

Литература:

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения: метод. рекомендации. М., 1980. С. 31–55.
2. Бачило Е. В., Барыльник Ю. Б., Антонова А. А. Факторы риска развития суицидального поведения // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 403–409
3. Большая Энциклопедия Колъера (электронный вариант). 2001г.
4. Войцех В. Ф. Клиническая суицидология. М.: Миклош, 2008. 280 с.
5. Жезлова Л. Я. К вопросу о самоубийстве детей и подростков // Актуальные проблемы суицидологии: тр. Моск. НИИ псих. 1978. С. 93–104.
6. Корнетов А. Н. Суицидальное поведение в подростково-юношеском возрасте // Соц. клин. психиатр. 1999. № 2. С. 75–90.
7. Мягков А. Ю., Журавлева И. В., Журавлева С. Л. Суицидальное поведение молодежи: масштабы, основные формы и факторы // Социол. журн. 2003. № 1. С. 15–19.

8. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М: Мед. Информ. агентство. 2007. С. 191–204.
9. Старшенбаум Г. В. Суицидология и кризисная психотерапия. М.: Когито-Центр, 2005. 375 с.
10. Султанов А. А. К вопросу о суицидальном поведении практически здоровых лиц молодого возраста // Тр. Моск. НИИ псих.: Науч. и орг. пробл. суицидол. 1983. С. 94–97.
11. Тихоненко В. А. Жизненный смысл выбора смерти // Человек. 1992. № 6. С. 19–29.
12. Шульга А. И., Сонник Г. Т. О суицидальных действиях психически больных // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1986. № 8. С. 1216–1217.
13. Эрдынеева К.Г., Филиппова В.П. Суицидальное поведение: сущность, факторы и причины (кросскультурный анализ) Изд. "Академия Естествознания", 2010 год
14. S. T. Russell and K. Joyner. Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence From a National Study, Am J Public Health. 2001 August; 91(8): 1276–1281.

УДК 159.923:316.6

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЧЕЛОВЕЧНОСТИ В СЕМЬЕ

Куницына Валентина Николаевна, Юмкина Екатерина Анатольевна

ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»,

Россия, г. Санкт-Петербург

vkuni@mail.ru, ekaterinayum@rambler.ru

Аннотация

В статье рассматриваются общеметодологические проблемы исследования формирования нравственности в семье в контексте идей В.М. Бехтерева. Обосновывается актуальность разработки предметного поля исторической психологии семьи. Систематизированы основные ее понятия с учетом описательной,